Lane Medical Library

Zur Klinik und Therapie

der

langdauernden Placentarperiode

(Placenta adhaesiva)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Berlin,

vorgelegt von

Berthold Alexander

approbierter Arzt aus **Berlin.**

BERLIN.
Druck von Max Silberberg
1919.

TAG DER PROMOTION: 25. Februar 1919

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
zu Berlin.
Referent: Herr Prof. Dr. W. Liepmann.

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet!

Zur Klinik und Therapie der langdauernden Placentarperiode
(Placenta adhaesiva).

Als junger Arzt wurde ich zu einer Patientin gerufen, bei der nach Meldung der Hebamme die Nachgeburt angewachsen war; es war mein erster geburtshilflicher Fall. Seit der Geburt des Kindes waren 4½ Stunden vergangen. Der Zustand der Wöchnerin war gut, eine Blutung bestand nicht. Der Credé'sche Handgriff war ohne Erfolg. Als Anfänger war ich im Zweifel, was zu tun sei. Vom Hörsaal aus kannte ich die Gefahr der manuellen Placentarlösung recht gut. Ich hatte die nachdrücklichen Warnungen von Prof. Liepmann in seinen seminaristischen Übungen noch wohl im Gedächtnis, aber um mich herum stand der Gatte und die Hebamme, die ein aktives Vorgehen von mir erwarteten. In dieser Not kam mir ein älterer Kollege zur Hilfe. Nachdem auch bei ihm der Credé ohne Erfolg gewesen war (Narkose wurde nicht gemacht), entschloß er sich zur manuellen Placentarlösung. Bei der Ausführung dieser Operation passierte ihm das Mißgeschick, daß er mit der Placenta zugleich den Uterus invertierte. Der Uterus wurde sofort reponiert, die Frau bekam Opium und Collargol, auf den Leib eine Eisblase. — Der Kollege war erschüttert durch das Mißgeschick, das ihn betroffen hatte. „Das sind die Fälle, die dem Arzt die Praxis verleiden", so sagte er zu mir. Nach zwei Tagen war die Frau an Peritonitis gestorben. — Dieser Fall scheint mir zu beweisen, wie unsicher viele Ärzte in der Behandlung der langdauernden Placen ar-

periode sind und wie häufig auch der an sich technisch geschickte, aber lebensgefährliche Handgriff der manuellen Placentarlösung ohne rechte Begründung ausgeführt wird. Eine Betrachtung der Fälle der langdauernden Placentarperiode erscheint daher lehrreich und nützlich.

Wenn man die Literatur über diese Fälle nachliest, so findet man, daß die Ansichten vieler Autoren in dieser Frage auseinandergehen. Vor allem interessiert uns die Behandlung derjenigen Fälle, bei denen die Placenta lange Zeit im Uterus bleibt, ohne daß eine Blutung vorhanden ist. Bumm warnt in seinem „Grundriß zum Studium der Geburtshilfe" vor den Gefahren der manuellen Placentarlösung. Man müsse gegenüber diesem Eingriff, der tatsächlich oft nicht nötig sei und jedenfalls viel zu häufig ausgeführt werde, eine gewisse Zurückhaltung bewahren. Die einfache, nicht durch Blutungen komplizierte Retention der Placenta berechtigte niemals zum Einführen der Hand in die Uterushöhle und zur künstlichen Abschälung des Kuchens. — Über die Zeit, wie lange man warten kann, gibt auch Bumm keine weiteren Angaben. Anders Liepmann in seinem „Geburtshilflichen Seminar" (II. A. 1918): „Meines Erachtens darf dieser gefahrvollste Eingriff (die manuelle Placentarlösung), bei allem Verständnis für das Wort „time is money", nicht ohne Indikation — und „Zeit" ist keine Indikation — ausgeführt werden. Wenn es nicht blutete und keine Temperaturerhöhung bestand, habe ich mehrfach 5, 6, ja 12 Stunden gewartet und schließlich doch noch die Freude gehabt, der Patientin diesen lebensbedrohenden Eingriff zu ersparen". Ich muß bemerken, den Hinweis, 6 und 12 Stunden und noch länger zu warten, falls keine strikte Indikation vorliegt, habe ich nur bei Liepmann gefunden. — Eine neuere Arbeit von A. Pfister hat ebenfalls als Resultat die abwartende Behandlung

der Placentarperiode gezeitigt. In seinem „Beitrag zur Behandlung der Nachgeburtsperiode". (In. Diss. Bern 1913) sagt Pfister: „Unter der Leitung von Prof. Müller war am kant. Frauenspital in Bern die Credésche Methode in Anwendung. Es wurde jeweilig eine halbe Stunde nach Ausstoßung des Kindes abgewartet, und dann die Credésche Expression vorgenommen. Gelang die Credésche Expression nicht, so wurde bei Fehlen einer starken Blutung einfach abgewartet. Konnte nach 2 bis 3 Stunden die Placenta durch Expression nicht entfernt werden, so wurde sie manuell entfernt." Für Müller war also nach diesen Angaben Pfisters im Gegensatz zu Bumm und Liepmann „Zeit" sehr wohl eine Indikation für die Ausführung der gefährlichsten geburtshilflichen Operation der manuellen Placentarlösung. Dabei ist die Wartezeit hier nur mit 3 Stunden berechnet. Pfister schreibt in seiner Dissertation von der Länge der Placentarperiode: „v. Winkel gibt für die durchschnittliche Lösungszeit der Placenta 2½ Stunden an. Nach einer Statistik von Ahlfeld erfolgt die Ausstoßung der Nachgeburt

in 0-5 Minuten in 5,16% der Fälle,
„ 5-14 „ „ 6,1% „ „
„ 15-45 „ „ 39,9% „ „
„ 1-2 Stunden „ 31,9% „ „

Pfister berichtet dann von einer Statistik, die an der Berner Frauenklinik an einem reichen Material von Prof. Guggisheim gemacht wurde. Guggisheim ließ nach der Geburt des Kindes den Uterus durch die Hebamme halten und sparte den Credéschen Handgriff nur für diejenigen Fälle auf, bei denen nach seiner Methode die Placenta nicht innerhalb von drei Stunden geboren ist. Pfister berichtet: „Bei unseren 1520 Geburten erfolgte der Austritt der Nachgeburt im ganzen 1330 Mal spontan. Die Zeit erwies sich folgendermaßen: Gleich mit der Geburt erschien die Nachgeburt:

					in	1,6%	der	Fälle
in den ersten			5	Minuten	„	7, 9%	„	„
„	„	„	10	„	„	15%	„	„
„	„	„	15	„	„	14%	„	„
„	„	„	20	„	„	19%	„	„
„	„	„	30	„	„	17%	„	„
„	„	„	45	„	„	13%	„	„
„	„	„	60	„	„	7%	„	„
„	„	„	90	„	„	3%	„	„
„	„	„	120	„	„	2,5%	„	„
in mehr als drei				Stunden	„	0,8%	„	„

Die Durchschnittsdauer der Nachgeburtsperiode bei physiologischem Ablauf beträgt also 33,6 Minuten. Nach dieser Statistik sind also innerhalb der ersten halben Stunde nach der Geburt über 70% aller Placenten schon ausgestoßen und innerhalb der ersten Stunde über 90%. Nicht ganz gleich sind die Verhältnisse bei den operativ behandelten Geburten. Auf 1500 Geburten erfolgten 109 operative Eingriffe zur Entwicklung der Frucht. Die mittlere Dauer der spontanen Ablösung und Ausstoßung der Placenta nach operativen Eingriffen beträgt bei poliklinischen Fällen 18,1, bei klinischen Fällen 55 Minuten. Manuelle Lösungen wurden in 1,8% der Fälle notwendig. Diese relativ hohe Zahl beruht nach Pfister auf der Art des Materials. Die Frauen stammen aus ländlichen Bezirken, haben oft mehrere Geburten hinter sich, oft sind schon einige Placentarlösungen vorhergegangen. „Sie kommen direkt aus diesem Grunde in die Klinik, um den Gefahren einer schweren Blutung zu entgehen. Das sind jene echten Fälle von Placenta accreta bei denen die Chorionzotten tief ins Gewebe eindringen, oft bis in die Muskulatur. Die Ursache liegt in Erkrankungen des Endometriums, in atrophischen Prozessen, die eine richtige Entwicklung der Dezidua nicht zulassen. Hier vermag auch die beste Leitung der Nachgeburtsperiode

keinen normalen Ablauf zu gewährleisten". Wir werden später sehen, daß wir alle Ursache haben, gerade über diese Fälle der Placenta accreta und ihre Behandlung anders zu urteilen. Über die Indikation der manuellen Placentarlösung äußert sich Pfister: „Nur wenn in Narkose der Credésche Handgriff mißlingt, so soll die manuelle Placentarlösung vorgenommen werden." **Pfister sagt also, daß bei mißlungenem Credé die manuelle Placentarlösung am Platze sei, auch wenn keine Blutung besteht.** — Uns kommt es gerade auf die Fälle an, bei denen die Placenta lange in der Uterushöhle bleibt, ohne daß eine Blutung eintritt. Hammerschlag schreibt in seinem „Lehrbuch der operativen Geburtshilfe" 1910: „Bei völliger Adhärenz der Placenta tritt eine Blutung nicht ein. Man könnte daher die Placenta unbeschadet im Uterus zurücklassen, denn erst nach Tagen würde eine Jauchung und Zersetzung eintreten und damit eine Infektion. Da aber in jedem Moment eine partielle Lösung und damit eine Blutung eintreten könnte, ist während der ganzen Zeit der Retention die Anwesenheit des Arztes und dauernde Kontrolle des Uterus erforderlich. Diesen Zustand über eine unbeschränkte Zeit fortzuführen, würde sowohl im Interesse der Entbundenen wie auch des Arztes unmöglich sein. Es muß daher eine Zeit limitiert werden, nach deren Ablauf man berechtigt ist, auch ohne Blutung die adhärente Placenta, die sich nicht exprimieren läßt, manuell zu lösen. Dieser Zeitpunkt dürfte nach 4 bis 6 Wartestunden eingetreten sein, da man annehmen kann, daß eine Placenta, die sich bis dahin nicht gelöst hat, auch weiterhin achärent bleibt". **Also auch Hammerschlag befürwortet im Gegensatz zu Bumm und Liepmann unter Anerkennung des Begriffes „Zeit" als Indikation die manuelle Placentarlösung, auch wenn keine Blutung besteht.** In dem neuesten „Handbuch der Geburtshilfe" (Ergänzungsband) von Döderlein (1917) äußert sich

Zangemeister über die langdauernde Placentarperiode: „Erst wenn die Placenta 2 bis 3 Stunden post partum noch im Corpus liegt, sind die Aussichten, daß eine Spontanlösung noch erfolgt, so gering, daß es berechtigt ist, nunmehr künstlich einzugreifen. Die Behandlung besteht dann in der Ausführung des Credés, durch welche man zugleich ein Urteil darüber gewinnt, ob es sich um eine Adhärenz der Placenta handelt oder um eine Verzögerung der Ausstoßung aus dem Corpus. Ist die Placenta noch nicht vollkommen gelöst, so ist der mehrmals unter Umständen in Narkose ausgeführte Handgriff in der Regel erfolglos, und es bleibt nichts anderes übrig, als die adhärenten Partien manuell zu lösen. Da die manuelle Placentarlösung auch heute noch eine nicht unerhebliche Infektionsgefahr mit sich bringt, so ist es zweckmäßig, sie wenn möglich hinauszuschieben und in der Zwischenzeit mit mehrmaligem Versuch des Credéschen Handgriffs abzuwarten, ob die vollständige Lösung nicht doch noch zustande kommt. Besteht keine Blutung, so sollte die manuelle Placentarlösung nicht vor Ablauf von 2 bis 3 Stunden post partum vorgenommen werden". **Zangemeister hat also nichts dagegen einzuwenden, wenn die Placenta bereits nach 3 Stunden manuell gelöst wird, obwohl keine Blutung besteht.** Ahlfeld schreibt in seiner Abhandlung „Nachgeburtsbehandlung und manuelle Placentarlösung" (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1915, Bd. 76): „Wir, die Gegner der „dauernden Überwachung durch Auflegung der Hand", behaupten nun, gerade diese Anordnung sei der Grund zu unregelmäßiger Reizung der Gebärmutter und damit zur Störung des physiologischen Lösungsmodus in seinen Konsequenzen wie abnorme Blutungen, Massage, Expressionsversuche, Zurückbleiben der Placentarreste usw." Weiterhin schreibt Ahlfeld: „Wenn nicht Blutungen halber eine frühzeitige Expression der Placenta sich nötig macht, so behalten

weitaus die meisten Frauen, läßt man sie nur ruhig auf dem Rücken liegen, ihre Placenta 1 ½ bis 2 Stunden in der Vagina und würden sie auch noch länger zurückbehalten, wenn man sie um diese Zeit nicht künstlich entfernt.“ Ahlfeld berichtet, daß in Marburg von 1883 bis 1902 bei 6300 Geburten 43 manuelle Lösungen gleich 0,68% kamen. Dabei sind alle operativen Geburten, nur Kaiserschnitt ausgenommen, mitgerechnet. In einer anderen Statistik gibt Ahlfeld an, daß an der Marburger Entbindungsanstalt bei 7542 Geburten 57 Placentarlösungen gleich 0,75% notwendig wurden. Hierbei mußte die Lösung 41 Mal bei Mehrgebärenden und 16 Mal bei Erstgebärenden ausgeführt werden. In den meisten Fällen waren besondere Ursachen, Blutungen, Placenta praevia, Fieber, Zange, Wendung, Eklampsie usw. An anderer Stelle sagt Ahlfeld: „Aus unseren Aufzeichnungen geht hervor, und damit werden wohl die meisten Kliniker mit einstimmen, daß eine Reihe von Placentarlösungen ganz unabhängig von der Methode der Leitung der 3. Periode sich notwendig machen, sich besonders an operative Anfälle anschließen und an Erkrankungen der Frau und Geburtsanomalien, die eine beschleunigte Beendigung der Geburt der Placenta benötigen. Über diese Fälle hinaus mehren sich die manuellen Eingriffe bei denen, die auch ohne diese zwingenden Bedingungen frühzeitig zur Expressio Placentae schreiten oder dies, wie manche Hebammen, ungeschickt tun.“ Übrigens hält Ahlfeld die manuelle Placentarlösung nicht für so gefährlich wie die meisten anderen Autoren. Er sagt: „Wenn z. B. vielfach empfohlen wird, erfolglosen Expressionsversuchen noch einen Versuch in Narkose folgen zu lassen, ehe man den inneren Eingriff vornimmt, haben wir davon Abstand genommen und statt dessen, um den weiteren Blutabgang abzukürzen, schneller zur inneren Entfernung gegriffen.“ Er führt dann 57 Fälle von manueller Pla-

centarlösung an, denen keine einzige Frau zum Opfer gefallen ist. Für den praktischen Arzt kommt er unter anderem zu folgenden Schlußfolgerungen: „1. Je weniger man den Uterus nach der Ausstoßung des Kindes betastet, desto eher vollzieht sich die Lösung der Placenta unter mäßiger Blutung in physiologischer Weise. 2. Erst nach $1^1/_2$ bis 2 Stunden pflegt der Uterus derart verkleinert und in den Zustand der Dauerkontraktion gelangt zu sein, daß eine Entfernung der tief in der Vagina liegenden Nachgeburt durch äußeren Druck zweckmäßig erscheint und mit wenigen Ausnahmen leicht ausführbar ist.“ Bei Erstgebärenden kann man nach Ahlfeld diese Methode in 89% der Fälle durchführen; bei Mehrgebärenden nur in ca. 75% der Fälle.

In neuerer Zeit sind noch einige Arbeiten eines amerikanischen Autors erschienen, die aber leider jetzt nicht zu erreichen sind: Polak, John: Retained and adherent placenta: their management. Transact of the New York Acad. of Med. Sect. on Obst and Gyn. 23. Febr. Polak: A study of the management of the placental stage of labor. with special reference to retained and adherent placenta. Bericht: Amer. Journ. of Obst. Vol. 72 No. I. p. 150.

Robert Stern berichtet über eine andere Schrift von I. O. Polak: „Über die Behandlung der Nachgeburtsperiode“: „Unter 2000 Geburten, bei denen die Nachgeburtsperiode streng konservativ behandelt wurde, kamen nur 3 mal Nachgeburtsblutungen vor, nur einmal eine wirkliche Placenta accreta. Alle Manipulationen am Uterus in der Nachgeburtszeit sind streng zu vermeiden, da sie den normalen Ablauf der Placentarlösung stören. Erst wenn sichere Zeichen der vollständigen Lösung vorhanden sind, darf die im unteren Uterusabschnitt liegende Placenta exprimiert werden. So werden am besten Blutungen vermieden, da sowohl bei noch ganz fest sitzender, als noch vollkommen ge-

löster Placenta eine wesentliche Blutung nicht stattfinden kann. Daher kann die Placenta Stunden und selbst Tage zurückgehalten werden, da auch die Infektionsgefahr nur nach Eindringen einer Hand oder von Instrumenten durch die infizierten Geburtswege veranlaßt wird. Manuelle Entfernung ist nur bei teilweiser Lösung der Nachgeburt mit Blutung erlaubt, wenn der Credésche Handgriff ohne Erfolg ist. In den seltenen Fällen, in denen eine wirkliche Placenta accreta vorliegt, ist die Entfernung der Placenta durch den extraperitonealen Kaiserschnitt der sehr gefährlichen manuellen Lösung durch die Vagina vorzuziehen. Wenn dabei die Verwachsungen so fest sind, daß dabei eine Zerstückelung der Placenta nötig würde, so ist lieber die Exzision der ganzen Placentafläche oder die Hysteroektomie zu wählen."

Walther (Gießen) warnt in seiner Abhandlung „zur Indikationsstellung bei den geburtshilflichen Operationen des praktischen Arztes" (Med. Klinik, 1916, Heft 37, ff.) eindringlich vor der leichtfertigen Ausführung der manuellen Placentarlösung. Er berichtet einen Fall, bei dem ein junger Arzt eine halbe Stunde nach der Geburt des Kindes, ohne daß eine Blutung vorhanden war, bei seiner eigenen Frau die manuelle Placentarlösung machte und damit eine schwere septische Infektion heraufbeschwor. Er zitiert dann Breus, der sagt: „Die relative Häufigkeit der manuellen Placentarlösung in der Praxis eines Arztes steht im umgekehrten Verhältnis zur Gewissenhaftigkeit und Einsicht desselben." Dann berichtet Walther von einer Briefkastenantwort in einem vielgelesenen Blatt, in welchem ein erfahrener Arzt mitteilte, „daß er nach $^1/_2$ Stunde den Credé ausführe, und wenn der Credé nicht zum Ziele führe, nach einer weiteren halben Stunde manuell ausräume." Die Indikationen für die Lösung der Placenta faßt Walther dann in folgenden Punkten zusammen:

1. Lebensgefährliche Blutungen in der Nachgeburtszeit, die auf andere Weise nicht gestillt werden können.
2. Dauernde Verhaltung der Placenta:
   a) durch die (allerdings sehr seltene) totale Achärenz der Placenta accreta, häufiger durch partielle Adhärenz (dabei meist Blutung!) oder durch Tubeneckenplacenta.
   b) durch Spasmus des inneren Muttermundes (bezw. Kontraktionsringes).
3. Sicher nachgewiesener Defekt der Placenta:
   a) Nebenplacenta,
   b) Fehlen eines oder mehrerer Kotelydonen.
4. Austritt der Placenta in die Bauchhöhle nach vollkommener Uterusrutur.
5. Inversion des Uterus in der Nachgeburtszeit.

Procopio hat eine Abbandlung: „Über die beste Methode der Nachgeburtsleitung." (Sep. Abdr. a. Gaz. ital., bespr. Zentralblatt f. Gyn 1914) geschrieben. Am günstigsten ist nach seiner Meinung die abwartende Methode Ahlfelds. Droht Uterusatonie oder besteht schon eine Blutung, so soll der Arzt Hypophysenextrakt anwenden, dann wird die Nachgeburt leicht geboren und äußere Handgriffe sind überflüssig. Auch bei Placentarretention kann die Pituglandolanwendung die manuelle Lösung überflüssig machen.

Um die Größe der Gefahr der manuellen Placentarlösung richtig zu werten, muß man die Statistik zu Rate ziehen: Zangemeister führt in Döderleins „Handbuch der Geburtshilfe" eine Statistik von Plöger an. Danach fieberten unter 172 Fällen 74 = 43%, während die gesamte Morbidität 18,4% betrug. Unter 185 manuellen Lösungen der Königsberger Klinik (1902—1909) starben 12=5,5%, 9 an Verblutung, 3 an Infektion. Nach Leo (Hegars Beit. Band 15 S. 75) fieberten im Wochenbett unter 309 manuellen Placen-

tarlösungen 63=24,4%; es starben an Infektion 6=2%, 20 Fälle (von 329) gingen an akuter Anämie zugrunde =6,1%. Das wäre also nach dieser Statistik eine Gesamtmortalität von ungefähr 8%. In 6 Fällen von Leo erweist sich die Placenta trotz der Unmöglichkeit der Expression als „völlig gelöst". Über die Ursache der Retention der „völlig gelösten Placenta" habe ich bei Leo keine Angaben gefunden. „Bei dieser kleinen Gesamtzahl der Entfernung der völlig gelösten Placenta bestand eine unkorrigierte Morbidität von 66,7%, in 10 Fällen wurde die Placenta als noch völlig adhärent bezeichnet." Dann sagt Leo über die Fälle, die uns interessieren: „Findet überhaupt keine Lösung der Placenta statt, blutet es auch nicht, dann kann und soll möglichst lange abgewartet werden, da sich die Placenta mehrmals noch ca. 3 Stunden post partum spontan löste. Länger wurde selten gewartet. Ein vorsichtiger Expressionsversuch führt auch dann gewöhnlich nicht zum Ziele; dann muß schließlich manuell gelöst werden, um die Patientin zur Ruhe kommen zu lassen." Also, obwohl Leo selbst sagt, daß man „möglichst lange abwarten soll", bezeichnet er 3 Stunden Wartezeit als eine Indikation, die zur Ausführung der manuellen Placentarlösung berechtigt. — In den Statistiken von Rosenthal, Hegar, Seyffarth, Guttmann, Mattheus, Mather und Baisch differiert nach Zangemeisters Angaben die Morbidität zwischen 30 und 77% und die Mortalität zwischen 3,6% und 13%. Die Placenta kann nach Z. ganz (3%) oder teilweise (95%) achärent sein; in einigen Fällen erweist sie sich trotz der Unmöglichkeit der Expression überall gelöst (2%, Leo). Winter (Rundschreiben der Kommission zur Erforschung und Bekämpfung des Puerperalfiebers, Dezember 1911) sagt: **„Die manuelle Placentarlösung hat sich zweifellos als die (quoad infect.) gefährlichste Operation erwiesen.** Sie figuriert unter den Antezedentien des Puerperal-

fiebers relativ sehr häufig; denn unter 260 solchen Erkrankungen (mit 33% Mortalität) waren allein 30 nach Ausführung der manuellen Lösung (mit 46% Mortalität) aufgetreten." — **Wenn solche Resultate in den bestgeleiteten Kliniken vorkommen, dann muß die Morbidität und Mortalität in der allgemeinen Praxis ganz erschreckende Zahlen aufweisen, wie ja auch die Wintersche Statistik beweist.**

Ich komme nunmehr zur Besprechung von 2 Fällen mit langdauernder Placentarperiode aus der Liepmannschen Klinik:

1. Fall: Frau Dr. L., 34 Jahre.

Verlauf früherer Schwangerschaften:

1. P.: Nachgeburt 1/2 h. nach Credé.
2. P.: „ 1/2 h. nach Credé, leichte Atonie, steht ohne Tamponade.
3. P.: „ 4 h. 4 Credés.

Mittelgroße, normalentwickelte Frau. 4. P. Letzte Regel: Ende März 16. Becken: o. B.

Geburt:

Wehenanfang: 21. 1. 17. 12 h mittags Dauer der Eröffnungszeit: 13 Std.

Blasensprung: 18. 1. 17. Dauer der Austreibungszeit: 15 Min.

Vollst. Erweit. des Mmd.: 22. 1. 1 h a. m. Dauer der Nachgeburtszeit: **9 Std. 45 Min.**

Geburt des Kindes; 22. 1. 1 h. 15 a. m. Temp. 37,3.

Geburt der Nachgeburt: 22. 1. 11 h. a. m. Puls: 96.

Fruchtlage: 1. Hinterhauptslage. Austritt der Nachgeburt: Credé. Blutverlust: Normal. Verletzungen: keine.

1/2 Sunde nach Geburt des Kindes 1 Versuch nach Credé ohne Erfolg. Im weiteren Verlauf alle 1 1/2 Stunden Expressionsversuche ohne Erfolg. 2 Spritzen Pituglandol ohne Erfolg. **Nach 9 3/4 Stunden Expression mit Erfolg,** Placenta vollständig. Da die Bauchdecken sehr schlaff waren, wurde keine Narkose gemacht.

2. Fall: Frau Dr. J., 40 Jahre, Erstgebärende. Befinden in der jetzigen Schwangerschaft: 3. Monat: Blinddarmoperation. Mittelgroße, normalgewachsene Frau. Letzte Regel: Mitte Oktober 17.

Geburt:

Wehenanfang: 27. 6. 10 h nachm. Dauer der Eröffnungszeit: 6 Std.

Blasensprung: 28. 6. 4 h vorm. Dauer der Austreibungszeit: 3 Std. 30 Min.

Geburt des Kindes: 28. 7. 7 h 30. Dauer der Nachgeburtszeit: **9 Std. 45 Min.**

Geburt der Nachgeburt: 28. 7. 5 h 15 nachm. Temp.: 36,6

Fruchtlage: 1. vollk. Steißlage. Puls: 80.

Herztöne: gut. Austritt der Nachgeburt: Credé.

Wehen: kräftig. Blutverlust: normal. Verletzungen: Dammriss 1. Gr.

Hilfeleistung: Extraktion, Armlösung, Veit Smellie.

Verordnungen: 2 Spr. Pituglandol, 1 Spr. Secali Eisblase.

Geburtsbericht:

Um 7 h vorm. wird der Steiß in der Vulva sichtbar. 7 h 30 Geburt bis zum Nabel. Die Arme sind hochgeschlagen und müssen gelöst werden. Der Kopf liegt deflektiert über dem Becken. Nachgeburtswehen stellen sich trotz 2 Injektionen von Pituglandol um $9^1/_4$ und 10 h vorm. nicht ein. 11 h. vorm. Credé in Narkose ohne Erfolg. Erster Credé 1 Stunde p. p. Zweiter Credé 2 Std p. p. Bis 5 h. 15 nachm. Auflegen von Eisblasen und **nochmaliger Credé in Narkose nach 9 Std. 45 Min. mit Erfolg.** Placenta vollständig. Versorgung des Dammes mit 3 Silkfäden.

In beiden Fällen fühlte sich der Uterus bis zur letzten Expression kugelig an, ein Beweis dafür, daß die Placenta sich völlig im Uterusfundus befand. Es war auch nicht der Status einer Tubeneckenplacenta oder Retention, sondern nach der herrschenden Ansicht

mußte man an eine Placenta accreta denken. Daß es eine solche nicht war, lehrt der glückliche Ausgang beider Fälle nach so langer Zeit. Man muß sich also vorstellen, daß in diesen Fällen es sich gewissermaßen um eine Placenta adhaesiva (nach Liepmann) gehandelt habe, das heißt, um eine Placenta, die trotz vollkommener Lösung infolge Dauerkontraktion des Uterus adhaesiv der Placentarstelle auflag und dadurch eine Blutung verhinderte. Diese Fälle lehren nun, daß die „Zeit" niemals eine Indikation zum Eingreifen sein darf. Wäre die Zeit eine Indikation in diesen Fällen gewesen, so hätte der Geburtshelfer mit Fug und Recht nach mehrmaliger, auch in Narkose versuchter Expression in den Uterus eingehen können. Wir hätten 4 oder 5 Stunden nach der herrschenden Ansicht gewartet und dann ohne weiteres das Recht gehabt, die manuelle Placentarlösung zu machen. **Wir hätten damit die Frau in eine Gefahr gebracht, die durch ruhiges Abwarten mühelos vermieden worden ist.**

Es folgt eine Übersicht der einzelnen Autoren über die Zeitdauer des Eingreifens:

Autor:	Zeitdauer:
Leo:	3 Stunden
Zangemeister:	3 Stunden
Hammerschlag	4—6 Stunden.
Ahlfeld:	unbestimmt.
Pfister:	„
Polak:	„
Walther:	„
Bumm:	„ aber niemals eingehen ohne Blutung
Liepmann:	mindestens 12 Stunden.

Anschließend eine gedrängte Übersicht über die Gefährlichkeit der manuellen Placentarlösung:

Es besteht:	Fieber	Ges. Morbidität	Ges. Mortalität
nach Plöger:		in 18,4%	aller Fälle
Königsberger Klinik:			5,5% „ „
Leo:	in 24,4%		8% „ „
Hegar, Seyffarth, Guttmann, Mattheus:		„ 30-77%	3,6-13% „ „
Winter:			**46%!!** „ „

Wenn die Statistiken (siehe Seite 14), die die außerordentliche Gefährlichkeit der manuellen Placentarlösung zeigen, richtig sind — und daran zu zweifeln besteht keine Veranlassung — wenn Strassmann mit seiner Ansicht, daß die Laparatomie der manuellen Placentarlösung an Gefährlichkeit nachstehe, Recht hat, dann hat **kein praktischer Arzt das moralische Recht, nur weil die Ausstoßung der Nachgeburt lange Zeit auf sich warten läßt, die manuelle Placentarlösung zu machen.**

Ich komme zu folgender Zusammenfassung:

1. Wie aus der beigefügten Statistik hervorgeht, muß der Geburtshelfer irre werden, wenn von den einen Lehrern strengste Indikation zur manuellen Lösung gefordert wird, während nach der Meinung der anderen eine Wartezeit von 3—4 Stunden dazu berechtigt.

2. Weitere Untersuchungen, nach wie langer Zeit die Lösung einer Placenta noch möglich ist, sind aus diesem Grunde dringend erforderlich, um dem Praktiker feste Regeln an die Hand zu geben.

3. Die manuelle Placentarlösung ist, wie die Statistik lehrt, die gefährlichste Operation in der Geburtshilfe. Es muß also die strengste Indikation gelten, **„Zeit" ist aber keine Indikation.**

4. Der Begriff der „Placenta accreta" und der „Retentio placentae" ist durch einen dritten, klinisch wohl ausgeprägten Begriff zu ergänzen, nämlich den der „PLACENTA ADHAESIVA" nach Liepmann.

Herrn Prof. Dr. W. Liepmann spreche ich für die Anregung und Unterstützung bei dieser Arbeit meinen besten Dank aus.

Litteratur:

Ahlfeld: „Nachgeburtsbehandlung und manuelle Placentarlösung“ Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1915. Bd. 76.

Bumm: „Grundriss zum Studium der Geburtshilfe“.

Döderlein: „Handbuch der Geburtshilfe“ 1917.

Hammerschlag: „Lehrbuch der operativen Geburtshilfe“ 1910.

Leo: „Über manuelle Lösung der reifen Placenta“ (Hegars Beiträge, Bd. 15).

Liepmann: „Geburthilfliches Seminar (2. Auflage 1918)“.

A. Pfister: „Beitrag zur Behandlung der Nachgeburtsperiode In. Diss. Bern 1913“.

I. O. Polak: „Über die Behandlung der Nachgeburtsperiode.“ (Surgery, gyn. and obst Vol. 21).

Procopio: „Über die beste Methode der Nachgeburtsleitung“ (Sep. Abdr. a. Gaz. ital., bespr. Zentralblatt f. Gyn. 1914).

Walther (Gießen): „Zur Indikationsstellung bei den geburtshilflichen Operationen des prakt. Arztes“ (Med. Klinik 1916 No. 3777).

Lebenslauf.

Verfasser ist Jude und wurde am 22. April 1889 zu Filehne, Prov. Posen, als Sohn des Kaufmanns Robert Alexander und seiner Ehefrau Sara, geb. Kremm, geboren. Er besuchte in Berlin das „Königstädtische Realgymnasium“ und legte hier Ostern 1909, die Reifeprüfung ab. Er studierte dann an den Universitäten Berlin und Freiburg i. Br. Michaelis 1911 bestand er in Berlin das Physikum, im Juli 1914 an derselben Universität das Staatsexamen. Im Kriege stand Verfasser vier Jahre als Truppenarzt an der Front, seit Oktober 1917 als Oberarzt d. R.